



ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Psicoanalisi di gruppo: Reso-conto di 50 anni di lavoro



Psicoanalisi dei Gruppi Multifamiliari Intervista con Andrea Narracci

a cura di Stefania Marinelli

Stefania. Oh buongiorno

Andrea. Pronti

Stefania. Ti rivolgerei quelle domande che mi sono appuntata e che hai visto, in modo che il lettore possa addentrarsi piano piano al tema, anche se ormai capisco che i GMP stanno avendo un riscontro ovunque quindi tutti conoscono questo campo, però io cercherò di andare avanti piano piano con le mie domande introduttive.

Andrea. Va Benissimo

Stefania. Ho appuntato che noi ci conosciamo da tempo e che ho seguito la tua attività di psicoanalista e per un periodo di Direttore di Dipartimento di Salute Mentale di una delle Asl, a Roma. Naturalmente in particolare come fondatore promotore dei GMF e della Psicoanalisi dei GM. Quindi sulla base di questa tua esperienza ampia e profonda prima di chiederti la tua opinione sulla diffusione dei GM che è davvero incredibile, ne ho una esperienza diretta, ti chiedo di darci qualche ragguaglio storico, cioè come sono nati i GM

in Italia ma soprattutto sono personalmente molto interessata a comprendere quale è la traiettoria che li ha portati in Italia e la ragione del loro forte sviluppo, quale bisogno cioè ti aveva spinto a cercare: e dunque la percezione di quale utilità ti ha fatto mettere l'attenzione su quel particolare e innovativo formato. Se la domanda non è invadente e se in questa sede limitata è possibile che tu dia qualche risposta, per me è molto interessante.

Andrea. Certo

Stefania. Ecco ti chiedo quale era stata la tua analisi dei bisogni istituzionali, sociali o meglio socio sanitari quando hai cercato e incontrato questi gruppi – infatti ti sei anche spostato di continente per farlo! Non sarà facile tracciare una storia in poco tempo, ma insomma abbiamo un po' di tempo.

Andrea. Sì ci proviamo dunque io sono stato abbastanza fortunato perché sono *capitato*...diciamo: l'incontro con la Psicoanalisi dei Gruppi Multifamiliari è stato *casuale*, diciamo, nel senso che Anna Maria Nicolò aveva invitato Jorge Garcia Badaracco per la presentazione del primo libro che era stato pubblicato in Italia con la sua supervisione, che era "*La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*", un libro scritto nel 1989, pubblicato in Italia nel '97 da parte dell'editore Franco Angeli. Era uscito prima in Spagna e poi in Italia.

Quando lo abbiamo conosciuto io e una mia collega, Adriana D'Arezzo, che è una psicoanalista, stavamo preparando l'apertura di una comunità terapeutica per pazienti psicotici. Era nel '90, in teoria, quando è cominciata la storia della prima comunità pubblica a Roma, dopo quella aperta da Massimo Marà, nel 1980, con pazienti che uscivano dal Santa Maria della Pietà; noi intendevamo aprirla, e questo in parte inizia a risponderti alla domanda che facevi: la aprivamo perché io sono capitato, diciamo.. ho preso nel '78 la specializzazione in psichiatria, ho iniziato a lavorare, già lavoravo all'università dal '73 al '78, e poi sono andato a lavorare nel luglio '78 a Terni, e Orvieto, e sono tornato a Roma. In quegli anni, dal '79, '80 e poi fino al '90, avveniva una cosa molto chiara: noi pensavamo, ci muovevamo secondo il modello classico medico biologico della psichiatria, dove il paziente quando stava bene stava a casa, veniva in ambulatorio, quindi lo si vedeva lì oppure lo si vedeva a domicilio e quando stava male si ricoverava. Solo che l'impressione che noi avevamo era che i pazienti gravi non fossero curati in maniera adeguata. Io lavoravo nel CSM dove ho cominciato; i primi pazienti che ho seguito erano ex pazienti dimessi dal Santa Maria della Pietà, che vivevano in un albergo ristrutturato a via Giolitti nel centro di Roma e poi vedevo pazienti di tutti i tipi al CSM.

In quei 10 anni apparve chiarissimo che in realtà la cura così come si era immaginato che funzionasse, non fosse produttiva. Viceversa le comunità

private (mi riferisco alla 'Maieusis', che poi si è divisa nella 'Maieusis' e nella 'Reverie', e la 'Gnosis', le tre comunità storiche di Roma), curavano i pazienti. La *cura* era un'altra cosa, il paziente andava lì, ci soggiornava a lungo, era possibile costruire un rapporto, cosa che era praticamente impossibile, quella di costruire la stessa intensità di rapporto con i pazienti seguiti in ambulatorio o a domicilio o, quando era possibile, in ospedale per dei ricoveri brevissimi. Non dimentichiamo che a Roma (..se la faccio troppo lunga..ridono eh..) nel 1980 c'erano 3 SPDC per un bacino di utenti di 3 milioni di abitanti, quindi c'erano 45 posti letto, i ricoveri duravano meno di una settimana, oggi durano 10-15 giorni, ancora troppo poco, mediamente e quindi in realtà, durante il ricovero, si dava una risistemata grossolana alla crisi e il paziente veniva rimesso fuori. E fuori il lavoro che si poteva fare era prevalentemente psichiatrico, c'era la terapia farmacologica, c'erano alcuni tentativi riabilitativi sì, ma pochi e fare la terapia del nucleo familiare o la psicoterapia personale era un'impresa, allora.

Quindi noi ci innamorammo di questa idea della Comunità Terapeutica. Senonché, insomma la situazione era così drammatica per dire brevemente, che quando si decisero finalmente ad aprire un altro SPDC io andai volontario ad aprire l'SPDC del San Giacomo nel 1990. Lì il primario di allora che si chiamava Puoti, mi chiese se mi interessava lavorare in comunità terapeutica, anzi lo chiese a tutto lo staff. Poiché eravamo una decina di medici e mi feci avanti solo io, venni incaricato di aprire questa comunità. Senonché la ASL ci mise sette anni per reperire la sede, liberarla e organizzare le cose, per cui nel '97 noi eravamo in procinto di aprire questa comunità e di costruire un modo di intervenire che avesse qualche speranza di fornire una cura ai pazienti psicotici, cosa che nella situazione in cui lavoravamo era molto ridotta.

La storia, l'incontro con Garcia Badaracco fu illuminante da questo punto di vista, perché lui in una mattinata, presentando questo libro nel giugno del 1997, al Santo Spirito, ripercorse i trattamenti psicoanalitici della psicosi che si erano svolti durante tutto il secolo, e giunse a proporre il suo modo di lavorare. Era un modo di lavorare a cui aveva pensato a cavallo tra il '58 e il '60, dopo essere stato in Europa, a Parigi, a fare un'analisi personale con Sacha Nacht. Rientrato a Buenos Aires aveva poi vinto un concorso ed era diventato primario di un reparto dell'ospedale psichiatrico, molto simile al Santa Maria della Pietà, come strutture recuperate, con ampi spazi verdi intorno ai padiglioni; apparentemente un'idea anche buona diciamo – salvo che poi l'ospedale psichiatrico, per quello che era stato, non era nemmeno giusto recuperarlo. E comunque, in quel reparto, c'erano 40 persone, ci raccontò quella mattina, tutti ammucchiati a dormire nel salone centrale di questo padiglione, perché così si potevano controllare meglio, secondo gli infermieri. E cominciò dopo poco: mise insieme, cominciò a occuparsi dei pazienti, degli infermieri – in quegli anni bisogna anche dire che gli psicofarmaci facevano un lavoro per cui l'uso dei farmaci permise di entrare

in contatto con pazienti con cui in precedenza era molto difficile entrare in relazione. Mise a dormire i pazienti nelle stanze che erano tutte radiali, tutte stanze a due letti, intorno a questo padiglione centrale, cominciò a trattare i pazienti come *persone*. Ad esempio portò oggetti da casa, fece un angolo di incontro quotidiano. Lui si rese conto che quando chiamava i pazienti per l'incontro, il paziente non veniva o veniva e se ne andava, non aderiva a questa richiesta; allora lui invertì, fece un'operazione simile a quella che Bion aveva fatto più di 10 anni prima, l'esperienza leggendaria di Northfield, che lui non conosceva allora: e i pazienti cominciarono a fermarsi in questo angolo arredato, con mobili portati da casa, prestati da amici, i pazienti cominciarono a respirare questa situazione diversa. Lo staff terapeutico, infermieri, psicologi, cominciarono a capire che si trattava di modificare radicalmente il loro modo di lavorare, le cose migliorarono e alcuni pazienti sembrarono pronti per tornare a casa. A quel punto chiamò i familiari. I familiari rimasero molto perplessi: l'idea di riprendere a casa propria il paziente ricoverato, magari da molti anni, non li convinse. Però rimasero turbati dal fatto di vedere pazienti su cui, insomma, i familiari ormai avevano perduto tutte le speranze. Trovarono delle persone diverse da come erano sempre state e questo li incuriosì e il gruppo cominciò così, loro rimasero molto colpiti, e lui li riunì, si trovarono insieme familiari e pazienti. Questo lo racconta in un lavoro, "De sorpresa in sorpresa", che compare in un piccolo libro che abbiamo scritto insieme, nel 2011. Lui mise insieme pazienti, familiari e pensiero psicoanalitico, partì dai concetti psicoanalitici su cui vi è un ampio consenso, come il concetto di simbiosi. Quello che gli parve chiaro era che i pazienti non erano poi così diversi dai loro genitori, anzi assomigliavano loro, anzi addirittura un paziente era un po' la caricatura di uno di loro, cercava di copiare il suo modo di essere e di comportarsi per corrispondere alle sue aspettative. Fece un'altra osservazione importantissima poi, cioè che i pazienti erano in un modo solo quando stavano in questa che non era una vera comunità terapeutica ma funzionava con lo spirito di una comunità terapeutica – Badaracco conosceva perfettamente tutte le esperienze americane, per es. dei Menninger e di chi si stava occupando di ciò: a quel tempo c'era una comunità terapeutica per pazienti psicopatici di Maxwell Jones, però nessuno si occupava sistematicamente di psicosi – e lui facendo riferimento al pensiero psicoanalitico iniziò a fare questi gruppi. Dicevo, l'altra osservazione importante che fecero fu che i pazienti erano in un modo quando stavano in ospedale, trasformato in comunità terapeutica e in un altro quando stavano con i familiari: come se quando tornavano con i familiari regredissero, cioè tornavano a essere più simili a come i familiari se li ricordavano. Anche questo li fece pensare molto e cominciarono a pensare al tipo di relazioni che intercorrevano tra le persone, all'interno di ogni famiglia. Fecero una sorta di studio sperimentale sulla consistenza dei legami simbiotici, fu uno studio non

scientifico ma un'osservazione che si trovarono di fronte e che li colpì tantissimo. Si resero conto che questi legami fra figli e genitori erano di un'intensità molto forte. Che per il figlio, per corrispondere alle aspettative dei genitori, di fatto il processo di individuazione e separazione non si era verificato e che entrambi tenevano in piedi un rapporto come dire bloccato ai tempi della crescita. Questo corrispondeva a una serie di osservazioni fatte in altre sedi sui pazienti psicotici: una per tutte l'osservazione di Harold Searles e di quelli che se ne sono occupati di più, che parlava proprio della necessità di ricostruire, all'interno di una psicoterapia analitica del paziente psicotico, la fase simbiotica, in cui il paziente potesse sperimentare di nuovo, con il terapeuta, il tipo di legame sperimentato con il genitore a cui era stato più vicino. Quindi lui si mosse da un lato basandosi sulla sua esperienza, dall'altro cercando di leggere e di dare un senso a tutto ciò a cui si trovavano di fronte, da un punto di vista psicoanalitico. Lui d'altronde era nell'associazione psicoanalitica argentina e ne divenne presidente; quindi era assolutamente omogeneo, era legato all'associazione argentina. Erano gli anni in cui si sviluppava tutto l'apporto di Pichon Rivière quindi tutto il lavoro sui gruppi fatto da lui sulla teoria del legame. Poi a mio parere lui se ne è distaccato, ma di quell'atmosfera molto risentiva.

Dunque torniamo al '97: noi ci trovammo di fronte tutto questo e non ci sembrò vero perché in qualche modo c'era un'idea sistematica di intervento con le famiglie, fatto attraverso questi gruppi. Questo corrispondeva a un tassello del trattamento complessivo del paziente, di cui nelle esperienze di comunità non ci si era occupati in forma sistematica. Un po' come se noi ci dicessimo: cerchiamo di mettere su una comunità, facciamo del nostro meglio per alcuni pazienti non tutti, di cui è possibile recuperare un funzionamento anche se non pienamente, almeno un minimo di riappropriazione di sé. Però eravamo terrorizzati da un trattamento regolare delle famiglie. Entrambi la mia collega e io avevamo lavorato sia con le famiglie, sia con i nostri pazienti individuali – entrambi avevamo una esperienza formativa sia relazionale sia analitica. Però quest'area restava ancora non sufficientemente esplorata, per lo meno per quello che capivamo noi ... E il gruppo ci sembrò una grande risorsa da questo punto di vista perché era un modo a nostro parere di coinvolgere allo stesso livello pazienti e familiari. E di richiedere lo stesso livello di impegno che veniva richiesto al paziente, accettando di venire in comunità terapeutica, anche ai familiari, che venivano chiamati a intervenire nei gruppi in comunità. Infatti noi ci entusiasammo talmente che in modo un po' incosciente, un mese dopo l'apertura della comunità terapeutica, in ottobre, cominciammo a fare questi gruppi non avendone mai visto uno, non avendo mai avuto altre forme di collaborazione con Garcia Badaracco fino al 2000. Poi ci siamo svegliati, siamo riusciti a prendere coscienza e a metterci in contatto con lui tramite lo psicoanalista argentino Jorge Canestri, che conosceva benissimo l'opera di Garcia Badaracco, lo aveva seguito nel loro

paese. E poi nel 2000 partimmo per Pavia dove Garcia Badaracco, era forse aprile, veniva per un convegno sulla formazione psicoanalitica in psichiatria. Ci recammo a conoscerlo individualmente, lo avevamo conosciuto solo partecipando a un seminario, non è che mai ci fossimo scambiati parole (se vado troppo lungo dimmelo che io mi fermo e riduco).

Stefania. Io credo che siamo abbastanza liberi, la cosa digitale è più snella di quella cartacea e sono convinta della capacità che ha il racconto personale procedendo dal punto di vista dell'esperienza diretta, di rendere conto di situazioni tanto complesse e ormai storiche. Dunque apprezzo moltissimo che il racconto anche si dilunghi penso che tutt'al più avremo un'intervista un po' più lunga delle altre, comunque valorizzeremo proprio il punto di vista che anch'io sento come necessario per procedere a una conoscenza.

Andrea. E quindi riprendendo il filo, noi poi abbiamo avuto questo incontro, in cui lui rimase e ci siamo conosciuti a pranzo, lui aveva l'intervallo del convegno a cui partecipava, e condividemmo un primo piatto insieme. Mentre lo aspettavamo, prima di andare a pranzo insieme, trovammo esposto il libro *Psicoanalisi multifamiliare*, io lo comprai e quando siamo stati a parlare gli abbiamo raccontato della nostra follia e che il suo modo di lavorare però ci entusiasmava. Lui rimase molto contento di tutto questo, io dopo mezz'ora gli chiesi se avessi potuto tradurre il libro in italiano, per poi farlo pubblicare e lui disse di sì. Praticamente era come se ci fossimo conosciuti non so bene da quanto, diciamo... e la collaborazione è partita così. Poi lui è venuto, ci siamo rivisti, al congresso dell'IPA, a Nizza, nel luglio del 2000, Jorge Canestri in quel momento era uno dei responsabili scientifici del Congresso, Badaracco partecipò ad un simposio con Zapparoli. Nel simposio parlarono a lungo sulla psicosi, sulla difficoltà di trattarla, insomma ci fu un confronto serrato sui modelli del tempo...e da quel momento in poi, da quella partecipazione a Nizza, diventammo amici. Poi arrivò in Italia, il suo libro fu pubblicato e cominciò a venire regolarmente fino al 2005. Poi io sono andato in Argentina nel 2005; poi lui è tornato in Italia e nel 2008 a un certo punto mi sono reso conto che lui si stava appassionando. Quando lui venne in Italia la prima volta volle conoscere e vide da vicino la realtà, vide l'intervista a Basaglia di Sergio Zavoli e aveva la sensazione che l'Italia fosse un terreno fertile, un luogo in cui il gruppo multifamiliare sarebbe stato capito, sarebbe stato apprezzato. Lui veniva da una situazione difficile così come è stato difficile che fosse preso in considerazione di Italia. Quando lui è venuto, nel 2004, c'era l'AIPSI, che si era divisa dalla SPI dopo una lunga vicenda e Adriano Giannotti ne era stato presidente. Ci fu la divisione dalla società psicoanalitica...Invitammo tutti i responsabili di comunità terapeutica del Lazio, una cinquantina di persone perché nel frattempo vi erano state parecchie esperienze. In quegli anni, vi fu nel 2004 una persona che aprì un gruppo... Cioè non era facile pensare di aprire un gruppo di questo tipo all'interno di modelli non consolidati... Come

sappiamo ci sono molte problematiche nelle Comunità terapeutiche: c'è la relazione, c'è la difficoltà per le famiglie di accettare che qualcuno si occupi del figlio e a cui affidarsi... Insomma non sono rapporti lineari... Beh di fronte a questo ero molto perplesso e mi sono chiesto a lungo perché. Sembrava strano che il pensiero di Garcia Badaracco apparisse abbastanza chiaro ma molto poco recepito – nell'AIPSI, ad esempio, nessuno recepì questo discorso. Quando lui tornò nel 2005 vi fu un'altra comunità, la Gnosis, in cui Fiorella Ceppi fece il secondo gruppo, dopo un primo, a cui partecipò Badaracco: fu un gruppo memorabile, dal mio punto di vista fu didattico.

Poi dopo ebbi molta fortuna perché nel 2007 sono stato nominato primario e quindi ho potuto trasferire l'esperienza fatta in comunità nei due CSM. Nel frattempo proprio in questo secondo libro, "Psicoanalisi multifamiliare", Badaracco spiega che aveva cominciato a praticare il gruppo non solo in situazioni di ricovero ma in quelle ambulatoriali. Tanto è vero che nel 2005 a Buenos Aires andai nella situazione ambulatoriale dei due ospedali sia maschile sia femminile e lì si teneva il gruppo ogni giorno, nel settore femminile. Lì c'era una maggiore attenzione: lui incontrava difficoltà a far accettare il gruppo nell'ospedale maschile anche se a parole c'era una grande considerazione. Lui, a suo tempo, aveva aperto il primo Centro Diurno in America Latina all'interno dell'ospedale! E comunque Lui ha cercato sempre di trovare un incontro fra il pensiero psicanalitico e i gruppi, cioè l'esperienza pratica istituzionale. La fece per dieci anni nell'ospedale psichiatrico, dal 1958 al 1968.. Poi vi fu una crisi un po' generale...scomparivano operatori ... (era l'epoca dei Generali). Insomma lui si mise nel privato, la Comunità terapeutica Ditem, per 25 anni. Poi, finito quel periodo, ci fu un'altra situazione drammatica, in questo caso economica, in Argentina, era difficilissimo svolgere l'attività privata come lui faceva in questa comunità, e andò in pensione. Oramai aveva più di 70 anni, aveva continuato a fare un'attività di questo tipo e tornò come consulente in Ospedale psichiatrico. Per cui quando venne in Italia, nel 2000, aveva appena iniziato l'attività di consulenza per i gruppi, che ormai non solo si occupavano di persone ricoverate, ma anche di persone seguite ambulatorialmente. Lì sancisce l'attività con il nome, dicendo non più *Gruppi Multifamiliari*, per indicare quelli che si svolgono in situazione di ricovero, ma: *Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare*, che si possono fare in qualsiasi situazione, sia di ricovero in Ospedale o in Comunità, che in situazioni ambulatoriali. Per cui tornando a noi quando io poi divenni primario per la RM 1 un piccolo municipio di Roma (ce ne sono vari), lo portai nei 2 CSM con annessi centri diurni. Dunque sono stato molto fortunato, perché a via dei Riari c'era Tiziana Bastianini e a via Palestro c'era Federico Russo e ho avuto la fortuna di collaborare con persone sensibili e interessate. Man mano arrivando al discorso di come mai i gruppi risultano interessanti e utili, eh sono molte le persone che cominciarono a trovarsi nelle condizioni in cui io mi ero trovato e che provarono a fare prima

l'esperienza della comunità e poi l'utilizzazione dei gruppi. Perché tutto il patrimonio psicoanalitico era difficilmente utilizzabile, ma anche quello relazionale. La terapia della famiglia era difficilmente utilizzabile con i pazienti molto gravi per non parlare poi di comunità, e tanto più degli ospedali... La tendenza era quella di usare la psichiatria: diagnosi e farmacologia, come si sta seguitando a fare, non perché i problemi si siano risolti! Allora c'era l'impossibilità di dare un pensiero psicoanalitico a questi pazienti, con una strategia e in tempi brevi...e ripeto in questo sono stato molto fortunato perché in quegli anni sono diventato primario e l'attività nei due centri di salute mentale è stata molto intensa nel fare gruppi di 25, 30, 40, 50 persone. C'era una grandissima attenzione, cambia completamente il clima, che funziona nel servizio. Ne ho avuta una piena conoscenza esperienziale: nel senso che si stabilisce un clima diverso con le famiglie dei pazienti, di collaborazione, si può dare luogo all'alleanza terapeutica. E questo vale non per qualcuno – mi riferisco a qualche operatore che conduce il gruppo – ma mi riferisco a chiunque del personale che voglia partecipare: perché il gruppo è aperto sia a persone con formazione personale psichiatrica e psicoterapeutica di diverso tipo, sia a personale senza formazione specifica, come infermieri, operatori sociali e della riabilitazione. Questa è la ragione per cui penso che il gruppo risulta molto interessante nei servizi. Perché prende in considerazione una problematica che altrimenti è difficile, che in quegli anni si è verificata e che è difficile superare. In quegli anni abbiamo avuto esperienze meravigliose di supervisioni di casi gravi, fatte da analisti molto bravi. Ricordo quelle di Bordi al CSM di Ammaniti, situazioni straordinarie in cui venivano analisti da tutta Italia...Ricordo tanti altri di grande valore come Resnik e così via. Tradurre poi però in una operatività quel taglio, quel modo di prendere in considerazione il paziente è purtroppo difficilissimo. Non lo dico perché sono contrario pregiudizialmente perché...io ci provavo a occuparmi dei pazienti, provavo a occuparmi delle famiglie: ma più di tanto non riuscivamo, incontravamo enormi difficoltà. In questa situazione, mi sono accorto, in questi ultimi 10 anni, che un certo numero di psicoanalisti hanno cominciato a mettere a fuoco la stessa problematica. Uno dell'età mia che è Luca Zuppi ad esempio, ma altri più giovani, Alessandro Antonucci in Asl Roma1, Fausta Calvosa e Barbara Fedeli nella Asl Roma 2, Antonio Buonanno che lavora alla clinica Samadi ... Sono psicoanalisti che svolgono attività psicoanalitica e con l'aiuto del gruppo riescono a mantenere un taglio di intervento che comprende sia i pazienti sia i familiari: possono vederli non solo dal punto di vista singolo, ma anche delle dinamiche relazionali in cui il paziente è inserito. E quindi la necessità di occuparsi sia del paziente sia dei familiari, perché altrimenti è difficile che nelle situazioni di attrito con i propri familiari vissute dai pazienti, essi si stabilizzino e seguitino a curarsi e riprendano a crescere...Ecco tutto questo ha cominciato a essere messo a fuoco da un gruppo di psicoanalisti attenti a questo problema.

Ecco tutto questo come dicevo prima, correlativamente ad aspetti importanti: cioè il fatto che questo gruppo non è affidato a dei super-specialisti, che entrano nella stanza con dei pazienti, si occupano del gruppo, poi chiudono e escono e se ne vanno, o al massimo raccontano poi quello che hanno fatto. Noi facciamo qualche cosa insieme ai pazienti, ai familiari e agli operatori. Poi per mezz'ora finito il gruppo ci riuniamo sistematicamente per un'ora e mezzo dopo ogni gruppo, con tutti gli operatori che hanno partecipato. E gli operatori sono molto interessati da un lato alle dinamiche e alle cose che vengono fuori in questi gruppi; ma dall'altro sono interessati a rendersi conto che cosa comporta per loro – perché partecipare a questi gruppi è molto impegnativo. Non era un caso che nessuno all'inizio lo facesse. Solo molto tempo dopo mi sono reso conto di questo, non me lo spiegavo inizialmente, che fosse così difficile avvicinarlo. Alla fine del primo libro, che ho scritto insieme a Garcia Badaracco dico anche questo, che ero molto sconcertato da questo fatto. Cioè mi sembrava che questo tipo di lavoro con i gruppi ci permettesse di mantenere quello stile di lavoro che funziona in ambito psicanalitico, e di poterlo mantenere con le situazioni gravi. E su questo avrebbero potuto essere coinvolti altri operatori, ripeto sia quelli preparati, anche con orientamenti terapeutici esplicativi diversi; sia operatori con minore livello di formazione. Il fatto che tutto ciò potesse riverberarsi positivamente nell'attività complessiva del servizio però ... si verificava con grande difficoltà. Insomma sono stati anni di grande impegno da parte mia, quando poi sono diventato direttore di dipartimento – anche in questo caso un'occasione fortunata, nel 2010 avevo 3 gruppi nella Roma A, e poi ho cominciato a proporre di introdurre il gruppo negli altri Servizi: erano 11, compreso l'SPDC del Sant'Andrea. In 10 di questi 11, io lo proposi e gli operatori risposero che erano interessati; anzi, in alcuni di questi Servizi, c'erano già alcuni operatori che avevano cominciato esperienze di questo tipo: mi riferisco ad Alessandro Antonucci che aveva cominciato la sua esperienza nella comunità terapeutica Marsiliana, in via Nomentana; c'era Federico Russo che aveva iniziato i gruppi a Via Palestro dove si era spostato a lavorare. Insomma c'erano già persone che si muovevano all'interno e molti operatori si avvicinarono non sapendo che cos'era ... Ma poi di fronte a una presentazione, al fatto che io mi mettessi a fare gruppo con loro, le persone trovavano che avesse un senso: per cui in alcuni anni arrivammo a fare 10 gruppi su 11, addirittura riuscimmo a portare il gruppo nel SPDC al S. Andrea. E questo ha comportato un'esperienza che mi sembra abbia lasciato un segno. E ora alcuni anni dopo su iniziativa di Antonio Maone, che lavora in Roma seconda, la comunità di via Sabrata e cominciò ad appassionarsi a tutto questo, abbiamo messo su una ricerca sul lavoro fatto che ha dato luogo a una specie di registro delle attività. E' andato avanti dal 2016 al 2021, 5 anni di osservazione di un campione omogeneo di 6 CSM della ex RM A...poi confluita nella Asl Roma 1. Questo lavoro ha dato luogo a un lavoro molto

interessante: è il racconto di questo lavoro, fatto recentemente al congresso della WAPR (per la riabilitazione) a Perugia, dove la conduttrice è rimasta molto sorpresa che sei gruppi in sei CSM facessero la stessa politica e sottolinea molto positivamente che questo fatto fosse il contrario di quello che avviene abitualmente. Lei dice: solitamente ogni primario fa quello che ritiene giusto ed è difficile avere un *sistema* al lavoro nei Dipartimenti di Salute mentale. Per chi ha lavorato nei servizi questo è stato molto chiaro. Allora ecco noi riuscimmo a mettere su un Dipartimento che si muoveva in questa ottica, molto discussa ma anche molto condivisa.

Stefania. (Scusa ti chiedo una cosa tecnica Andrea, ti prego di rendere migliore l'immagine del tuo volto, temo che si veda solo una parte del volto). Posso dirti che da un lato sembri avere risposto alla maggior parte delle mie domande. Dall'altro... hai detto molte cose su cui lavorare con partecipazione e interesse grandissimi... e qui mi limiterò a un paio di osservazioni. Una particolarmente, che tutto il tempo accompagnava il mio ascolto e pensiero (poi se possibile dirò anche la seconda e la terza) è questa: mi/ti chiedo quale potente attrattore c'era nel formato, oltre a quanto hai descritto, che consentiva una cosa tanto eccezionale, cioè che dei genitori si rendessero disponibili a partecipare attivamente? Tutti sappiamo quanto questo è difficile da concepire. Eppure quale attrattore così importante e che dà coesione e coerenza era promanato da questa proposta terapeutica? Mentre è più comprensibile che per gli operatori avesse una grande funzione di animazione, soprattutto basandosi sull'esperienza che spesso gli operatori hanno delle famiglie ... Dunque si può capire facilmente l'entusiasmo degli operatori. Ma molto meno è comprensibile che i genitori si rendessero disponibili. La seconda cosa che ho notato quando hai portato un elemento che fa parte della mia tradizione formativa, cioè l'esperimento a Northfield di Bion e Foulkes e il ricordo della tradizione bioniana di studio sul gruppo – è che mi sono ricordata una nota scritta da Claudio Neri. Si trattava di un'occasione in cui rievocava la prima riunione "fondante" per la nascita della ricerca sui gruppi, che lui, Corrao e pochi altri avevano fatto all'istituto di psichiatria a Roma. Ricordo per inciso a proposito dell'origine del suo interessamento al gruppo, una Intervista con Francesco Corrao in cui dichiarò che *i singoli psicoanalisti sono tutti sani, ma l'istituzione non lo è allora ho pensato di rivolgermi al gruppo*. Dunque dicevo che Claudio Neri rievocava che nella loro riunione "fondativa" (del Pollaiolo e dei Centri di Ricerca sul gruppo) avevano dovuto scegliere fra due opposti orientamenti. I termini erano stati i seguenti: se pensiamo il gruppo da psicoanalisti pensiamo a un tipo di lavoro che riunisce più persone, ad esempio il formato del piccolo gruppo a finalità analitica. Allora ci si presentano due possibilità: la famiglia, lo schema familiare. Oppure invece il gruppo, il gruppo/soggetto. Immediatamente a quel tempo in quella prima riunione era stata fatta la

scelta. Non la famiglia – e dunque anche il modello di Freud nel quale a capo del gruppo c'è il padre idealizzato, dunque il conduttore del gruppo, e i partecipanti hanno il ruolo di figli/fratelli. Lo schema freudiano del funzionamento familiare all'interno del gruppo non fu scelto. Fu indicato piuttosto un modello di gruppo a funzione analitica in cui il gruppo può essere concepito come un soggetto unico, multiplo, ma a sé stante, sovra-determinante rispetto alle sue parti. In questo senso sicuramente alcuni aspetti importanti della tradizione di Freud sugli studi sociali (Opere Sociali) sono spostati 50 anni dopo dalla teoria di Bion. Lui pone la visione olistica del gruppo, non come legame fra fratelli o con i genitori: il gruppo come unità sovradeterminata diventa invece un soggetto che opera e sviluppa processi e pensiero propri, se è visto come campo di elementi condivisi. Al contrario nella tua descrizione tu dai per naturale, anche se il tuo racconto è stato così vivace da rendere ragione già della risposta, dai per scontato diciamo così, che il gruppo nasca soprattutto dall'avvicinamento all'altro versante, quello familiare. Partire dal paziente psicotico, vedere lui e la sua famiglia, riunire questi dati, si può fare mantenendo un vertice psicoanalitico. Mi chiedo se queste diverse origini di due formati di gruppo tanto diversi (molta acqua è passata sotto i ponti del resto dopo Freud, e dopo Bion) abbiano a che vedere con le loro diverse origini. Una quella dei bisogni e della considerazione dei bisogni della psichiatria territoriale e istituzionale, dal vertice psicoanalitico. L'altra, quella del gruppo a finalità psicoanalitica, nata nell'ambito delle istituzioni sociali e culturali e che solo dopo si sarebbe estesa a quelle psichiatriche. In fondo come il libro di Hinshelwood metteva qualche anno fa in luce in *Bion's Sources* (Routledge, 2013), le *Fonti di Bion* (Borla, 2015), l'esperimento di Northfield e l'interesse psicoanalitico al gruppo nascevano in un contesto sociale, quello del dopoguerra, denso di speranza e cambiamento, nel quale il corpo psicosomatico e il *corpo* sociale avrebbero presto guadagnato un primo piano e una importante evoluzione... Anche se certo oggi in questa sede non potremo scambiare idee adeguate su *quale formato* e quale contesto possono meglio avviare il processo psicoanalitico...ugualmente ho voluto presentarti il tema di queste differenze.

Andrea. Si è chiaro quello che dici. Ma io sottolineerei il punto che Badaracco, e tanto meno io, non ha mai visto questo modo di lavorare come alternativo, assolutamente, ha sempre pensato e creduto molto nella psicoanalisi, ha continuato a sentirsi psicoanalista e quindi ad amare a considerare moltissimo il trattamento individuale, il trattamento della famiglia. E' vero, lui è anche tributario al lavoro relazionale, al lavoro di Bateson. Anche se dice con molta chiarezza nel libro che per capire le storie, per imparare il contatto emotivo, affettivo, con le storie dei pazienti non si può fare a meno della capacità di approfondire della psicoanalisi, del cogliere la profondità della situazione che solo la psicoanalisi può dare. Però lui

riconosce un'importanza del lavoro di Bateson, sull'importanza della crisi: il contributo di Bateson alla concettualizzazione della crisi come momento sia di malattia ma anche di salute. Dal punto di vista di Garcia Badaracco questo è molto importante, poi ci torniamo dopo. Ma rimanendo su quello che dicevi, lui non pensa assolutamente che il paziente che viene con la famiglia o che viene da solo, non sia opportuno che partecipi a un trattamento a due o in un gruppo di pazienti dal punto di vista psicoanalitico, quindi un piccolo gruppo. Tutto questo lui lo vede molto positivamente, anzi come un risultato del lavoro fatto nel gruppo di psicoanalisi multifamiliare. Quindi questo è bene tenerlo presente. Lui fa un discorso molto semplice: qualsiasi situazione che noi prendiamo in psicoterapia, nelle varie forme di psicoterapia, sono situazioni sperimentali. Allora bisogna essere consapevoli di questo. Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare per certi versi è il luogo in cui ci si avvicina di più al modo in cui la follia si manifesta nella realtà esterna. Noi proviamo a pensare a una riunione di villaggio in cui le famiglie si riuniscono per affrontare le problematiche relazionali presenti da parte di alcuni individui e famiglie. E dice: aggiungiamo anche questa possibilità; non vediamo questo come alternativo. Assolutamente no, non è messo in alternativa. Io credo assolutamente che vedere come lavorare in modo alternativo a quello più tradizionale delle varie forme di psicoterapia psicoanalitica...non sia da assimilare a quello che avviene in questo tipo di gruppo, a quello che accade in qualsiasi gruppo, sia un gruppo di pazienti omogeneo, sia di famiglie e altri. Secondo me sono cose diverse. E in questi ultimi anni su questo ho avuto la possibilità di farmi delle idee più chiare: ad esempio seguitando a collaborare a lungo con Anna Nicolò e il suo gruppo – quindi tutto il lavoro sulla teoria del legame e anche gli apporti che sono venuti fuori estremamente fecondi, sul lavoro che si può fare nei confronti dei pazienti individuali e delle coppie, tenendo, come modello, il modello della teoria delle relazioni oggettuali - mi riferisco per esempio a Paul Williams, a questo libro che ha scritto "Oggetti invasivi"- che racchiude la possibilità di muoversi, infine, con concettualizzazioni molto diverse. Ora la cosa che fa Badaracco e questo forse non è così semplice da accettare...forse si sta iniziando a capire oggi, a distanza di 60 anni da quando è cominciata. La si sta cominciando a capire nella misura in cui è stata pensata, e ora rivalutata opportunamente: perché insomma è dal 1985 che se ne parla del trigenazionale, delle identificazioni alienanti, su cui lui scrive questo articolo su... "L'oggetto che fa impazzire", che insomma apre un'epistemologia, trasforma un oggetto da un oggetto di proiezione in un oggetto che produce cose, svolge una funzione attiva, fa impazzire l'altro, ha una funzione transitiva...

Stefania. Ecco se posso fermare l'attenzione su questo, concerne la domanda che forse maggiormente mi sta a cuore. Ti ringrazio profondamente di avere

chiarito che quando parliamo di un modello non dobbiamo confonderlo con altri, cioè non possiamo parlare all'interno di qualcosa che poi può essere stato visto da un altro modello e lì risultare differente – questo dirime molte questioni e ti ringrazio. Ma invece su quest'ultimo punto toccato da te vorrei mettere l'attenzione e dire che la mia impressione è che sì la psicoanalisi dei Gruppi Multifamiliari vede una specifica realtà e ha un formato, una metodologia e delle tecniche e abbiamo visto la loro funzione presso l'istituzione e presso gli operatori e lo abbiamo visto efficacemente perché hai donato un discorso molto chiaro e efficace. Ma a mio avviso vi sarebbe secondo me, qualcosa di soggiacente da esplicitare, che riguarda anche un tipo di patologia sociale e sanitaria oggi emergente, che psicotica francamente non è ma che contiene nuclei di concretezza, quella a cui accennavi. E dunque, mi scuso se ti ho interrotto, volevo aggiungere questa prospettiva. Ti chiedo: questo forse rende ragione anche del perché di questo formato?

Andrea. Assolutamente sì ti ringrazio. Sicuramente questo è vero, guarda non è così facile, poi le vicende reali complicano la vita delle persone... Io gli ultimi anni non sono stato più direttore, solo primario, c'è stata questa fusione fra Dipartimenti, è diventato direttore il primario della Roma E. E' chiaro che questo ha interferito su quello che accadeva sia nella ex RM A sia nella ex Roma E... però come dire... noi siamo... beh, sto cercando di rispondere, magari la ho presa un po' da lontano però per cercare di spiegare. La nuova ASL Roma 1 ha scelto di occuparsi di pazienti da 18 a 25 anni e poi ha abbassato il limite di età, fondendosi con altri dipartimenti per il trattamento dell'infanzia, l'età pazienti fino a 14. E hanno fondato un intervento sull'adolescenza. A proposito di questo argomento di cui parli, nella ex-Roma A non esistono in questo momento esperienze di gruppi multifamiliari per i pazienti adolescenti e le loro famiglie; e lo stesso all'interno della ex-Roma E. Io ho cominciato quest'inverno, anzi in primavera ... un'esperienza nella Asl Roma 2...dove un CSM e un servizio per l'infanzia (TSRMEE) si sono messi insieme perché loro hanno anche i genitori di cui si occupano, cioè di pazienti dai 14 ai 25 anni, quelli che vengono seguiti prima dal Tsrme e poi vengono passati, a 18 anni, al CSM. E quindi...hanno deciso di fare un gruppo multifamiliare. Lì c'è la psicoanalista Fausta Calvosa e gli altri operatori che erano molto interessati a cercare di avere un aiuto per una fascia turbolenta e, come dici tu, più che forme tipiche psicotiche cui siamo abituati storicamente, ci sono, con un modo giusto di definire le cose, forme di concretezza, passaggi all'atto, una enorme difficoltà di fermarsi a pensare, a ragionare, di riuscire a parlarsi. E' un'esperienza estremamente interessante, uno dei campi in cui di più bisognerebbe darsi da fare oggi: questa esperienza è nata tre mesi fa e sta andando avanti, noi l'avevamo proposta nella Roma 1. Per adesso sta incontrando delle difficoltà ad aprire, credo che la strada sia assolutamente questa perché questo tipo di gruppo

permette di riformulare complessivamente tutto il lavoro. Il lavoro di costruire un luogo psicologico in cui le problematiche, settimana dopo settimana, possano essere portate e condivise, e da tante famiglie e pazienti, e da tanti operatori anche di servizi diversi. Allora il modo di lavorare diventa più integrato e per certi versi più facile. Quando noi stavamo facendo questo gruppo all'Ospedale Sant'Andrea, ti faccio un esempio, quando c'era un paziente ricoverato di uno dei distretti del dipartimento che allora dirigevo, invitavo i medici di riferimento del DSM a partecipare al gruppo in ospedale *mentre* il loro paziente era ricoverato. Questo creava una possibilità di interscambio innanzitutto di un'osservazione diversificata del paziente e dei familiari in un periodo della vita molto complicato come quello di una crisi. Ma soprattutto forse consentiva la possibilità di confrontarsi fra gli operatori del territorio e gli operatori dell'ospedale, e non di basare l'organizzazione del loro rapporto sulla squalifica sistematica dell'intervento degli altri: era questo che avveniva... Quando sono andato nel '90 a lavorare al San Giacomo assistevo a questo fatto ...che al paziente, una volta ricoverato in ospedale, veniva cambiata, per principio, tutta la terapia farmacologica. Si cancellava l'importanza del referente esterno... Ma con quale costrutto? perché tanto poi il paziente al referente esterno sarebbe stato riaffidato! allora questo era ed è insensato. Noi non possiamo pensare un dipartimento, come quello di cui mi occupavo io, di 11 servizi, dove ognuno fa un intervento per conto suo. Se uno fa così si determina una situazione che è un disastro. Se ognuno fa una parte di un intervento complessivo, che a quel punto diventa l'intervento del dipartimento, questo aspetto come contribuisce? quando un paziente sta in crisi, va in ospedale, poi va in una comunità per giovani, poi viene preso in carico nel servizio ambulatoriale per giovani, poi al CSM ...: questi 4 servizi non è che possono lavorare separatamente...! Allora ogni servizio deve fare una parte, e può contribuire che almeno sia fatta in modo appropriato. Almeno che le persone non sentano di essere lasciate sole. Questo è drammatico. I quattro servizi citati devono far parte di un'unica organizzazione complessiva condivisa, in cui ognuno sviluppa la parte specifica che gli compete.

Ho avuto recentemente un confronto con queste scritture di Davide Mencarelli. Insomma lui ha scritto un libro...lui è stato una settimana in SPDC: le *sole* persone con cui parlava sono i compagni, e questo non è possibile. Paolo Milone, autore del libro: "L'arte di legare le persone", non so se hai visto quel libro che ha scritto questo psichiatra di Genova, ha descritto quello che ha fatto per 30 anni nell'SPDC: la psichiatria pura, senza nessun collegamento con le storie, con il territorio, solo i sintomi...Io l'altr'anno mi sono trovato con il responsabile del Bambin Gesù...non voglio fare nessuna polemica personale, non serve, ma non so se hai visto, su RAI Play, è comparso questo lavoro fatto al Bambin Gesù... a Roma, l'ospedale del sud pediatrico, di mezza Italia da Roma in giù...sto parlando di un film fatto con

attori, per cui sono stati spesi un sacco di soldi. Da questo sceneggiato, da questa fiction veniva fuori, c'è stato un dibattito, erano presenti anche i ragazzi, e gli attori... Veniva fuori che loro si sono sentiti sostenuti *soltanto* fra di loro. Io ho cercato di parlarne con il primario del servizio psichiatrico per adolescenti, ma non è stato possibile. Ma come è possibile che abbiamo dei servizi in cui Mencarelli da una parte che è uno scrittore o quelli che fanno una fiction in un altro ospedale per acuti in questo caso giovanili, dicono che le *uniche* persone da cui si sono sentite aiutate sono le altre persone ricoverate? Questo ci dice che le istituzioni non stanno molto bene, forse dovrebbero un po' ripensare a quello che fanno. Poi nessuno insegna niente, ognuno fa quello che gli pare io credo che andando avanti così non si vada avanti bene, ma d'altronde per certi versi è inevitabile. Io penso che se non avessi avuto la curiosità di fare la formazione e di scervellarmi un po', e anche l'incontro fortunato con Garcia Badaracco, mi sarei inevitabilmente ritrovato a fare lo psichiatra la mattina e lo psicoterapeuta il pomeriggio: all'interno di due culture che forse si incontravano per un momento nelle supervisioni... Ma di quelle supervisioni fatte da psicoanalisti esperti... che rimangono isolate... come dire, non aderiscono... gli operatori la mattina dopo rifanno quello che fanno il giorno prima nei fatti! Purtroppo, io ho visto, ho partecipato pure io per più di 20 anni, non è che dico qualcosa così per sentito dire, lo ho fatto pure io, è difficilissimo. Allora ci vogliamo fare i conti con queste difficoltà, o no? Dico solo questo.

Stefania. Non è detto che sia molto facile, ora sto pensando a un libro che vorrei mandarti, in questa circostanza potremmo recensirlo, te lo farò vedere, un libro di Mellier, "*La vita psichica delle équipes*", ho curato l'edizione italiana. Lui ha il modello degli *involucri psichici* e descrive quanto gli urti dei vari involucri che contengono la *vita psichica* degli operatori dentro l'istituzione facciano sì che questa (vita) sia molto controversa, conflittiva e a rischio. Di più adesso a rischio, da quando i regolamenti stanno velocemente cambiando e tutto il patrimonio delle esperienze accumulate rischia di essere perduto. Scrive da un punto di vista molto diverso, ma perché te lo cito, perché di nuovo mi torna in mente di chiederti: quale potente attrattore fa sì che dei genitori diventino tutti ampiamente attivi dopo che per decenni sono stati latitanti, contumaci alle richieste? Quale potente attrattore fa sì che gli operatori comunichino fra loro così efficacemente e verosimilmente dopo che, come li descrive Mellier, stavano soffrendo da anni di incapacità di comunicare, o in conflitto? e invece nei Gruppi Multifamiliari vari soggetti istituzionali vanno a comunicare fra loro.

Andrea. Il discorso, io penso che ci sia molto da capire, non pretendo assolutamente... Ma a me sembra che quello che il gruppo produce è molto interessante da questo punto di vista: sono le tre *regole*, cosiddette, e i tre

meccanismi che in qualche modo si mettono in atto. Le tre regole di funzionamento sono molto semplici: ma non sono correlate al tipo di cultura della relazione, perché nel tipo di relazione che abitualmente avviene in una situazione psicotica, sono tre regole che cambiano le carte in gioco. Dire che una persona comincia a parlare, questa è la prima regola, e che ha diritto di parlare chiunque in un gruppo del genere finché lo ritiene giusto. Ovviamente partecipando regolarmente al gruppo ognuno si rende conto più o meno di quanto è giusto che parli, perché dopo un po', ovviamente diventa un problema, altrimenti diventa un monologo. Quindi uno può parlare 5 minuti, 10 minuti, poi fermarsi e dare la parola agli altri: ma questo si impara partecipando al gruppo. Poi la seconda regola in cui si chiede alle persone, chiunque esse siano, "di non pretendere di avere ragione", di non disporsi nella situazione di pretendere che quello che ognuno pensa è giusto e se l'altro dice il contrario è sbagliato... Di accettare che possano coesistere due pareri diversi, e non c'è bisogno di controbattere... Perché in questi gruppi quello che va evitato è proprio questa logica di dire una cosa e di far partire un contraddittorio se un altro dice il contrario. La terza è quella di intervenire prenotando il proprio intervento cioè alzando la mano, e naturalmente c'è qualcuno che raccoglie quest'ordine di richiesta di intervento. Queste sono le tre regole, tre regole che introducono delle modificazioni rispetto alla cultura di come funziona una famiglia psicotica. In una famiglia psicotica non si parla, non ci si confronta su contenuti con opinioni diverse. Non è che qualcuno, per esempio un genitore può dire: come è andata? vedono la partita di calcio insieme e dicono, lui e il figlio: mi è piaciuto di più questo giocatore, ha giocato meno bene quell'altro: però hanno un'idea di avere visto qualcosa insieme. No, cioè hanno una lettura dell'idea che la vita è in un modo e non il contrario. Cioè, qui utilizzo una terminologia relazionale per essere più rapido, ma gli scambi sui messaggi – i messaggi sono di due tipi, messaggi di contenuto o di relazione: con i messaggi di contenuto esprimiamo dei pareri, ci confrontiamo su qualcosa, per esempio una partita che possiamo avere condiviso in un'esperienza; con i messaggi di relazione esprimiamo ciò che io penso, che penso in realtà di te, e quindi la mia concezione della vita è in un modo, la tua il contrario, io penso di avere ragione. Allora generalmente nelle famiglie psicotiche i primi messaggi scompaiono: le persone non parlano più, si confrontano solo per dimostrare di avere ragione e dimostrare all'altro che non vale niente. E secondo questa ipotesi che Garcia Badaracco fa, questi sono i legami che si costituiscono e si trasformano in interdipendenze patologiche e patogene: quello che il genitore fa inizialmente nei confronti del figlio, il figlio glielo restituisce con gli interessi successivamente, cioè impara a comportarsi esattamente nello stesso modo. Tant'è che noi abitualmente osservavamo che i pazienti vessavano i propri genitori. E quindi in realtà queste tre regole così semplici, simili a quelle di un'assemblea diciamo, in realtà introducono dei cambiamenti enormi, perché se le persone riescono a

stare a seguirle già è molto diverso. Se non pretendono di intervenire: *no perché lui ha detto questo; è assolutamente urgente che io lo dica* – ma è empatico, può avere la pazienza di come dire? assistere al fatto che l'altro dica, e che chi lo precede in elenco dica altre cose – allora avvengono due fatti. Uno, che il gruppo mano a mano comincia a funzionare a *mente ampliada*, come dice Garcia Badaracco: e cioè che le cose che ognuno dice, i contenuti degli interventi di ciascuno non entrino in contrapposizione ma si dispongano come per costruire un unico pensiero complessivo – che è un'osservazione veramente non di Garcia Badaracco, era già presente in chi si occupa di gruppi. Cioè si introduce all'interno del gruppo un altro tipo di logica, e questo in due parole è il concetto di *mente ampliada*. In più accade un'altra cosa a mio parere importantissima e cioè che nel periodo che va dal momento in cui emergel'urgenza di intervenire, in cui uno alza la mano perché quella cosa detta da quella persona gli suscita la necessità di intervenire e di dire la sua, ci sono altri interventi. Quando questi interventi vengono detti da altre persone, la cosa che una persona inizialmente aveva in mente si mischia con le cose dette. Cioè le concettualizzazioni come dire si associano, il funzionamento della mente non è più prevalentemente razionale ma anche per associazioni libere. I due principi, diciamo del funzionamento della mente, secondario e primario, sono presenti entrambi. Io credo che questo è un punto assolutamente fondamentale. Poi questa è un'opinione mia perché su questo si sta discutendo molto, quindi io ti dico quello che penso. Io penso che in quei momenti c'è una possibilità, forse dovuta al fatto che alcune persone hanno parlato di cose che gli sono venute in mente attraverso dei sogni o ripensando a dei momenti in cui stavano in dei gruppi – che inizi un modo di funzionare della mente a cui le persone non sono assolutamente abituate, né i familiari né tanto meno i pazienti. Questo è importantissimo perché i traumi in realtà non riguardano solo i pazienti, ma i pazienti e anche i genitori coinvolti. In relazione al genitore molto spesso, diciamo, ci sono 2 ordini di eventi. C'è ovviamente la possibilità che anche il paziente abbia avuto dei traumi o non abbia elaborato un lutto, non sto dicendo che questo non si verifichi. Sto dicendo che questo si verifica ANCHE nei genitori. In più il genitore può avere avuto a sua volta un proprio genitore, il nonno del paziente, che gli ha fatto vivere una esperienza analoga.

Io sto vedendo una famiglia, parlerò di questo caso clinico nel prossimo Congresso psicoanalitico, in cui la madre di una paziente di 19 anni che ha avuto una prima crisi psicotica, venendo al gruppo ricorda che quando lei aveva sette anni la propria madre, la nonna materna del paziente, smise di fare qualsiasi cosa dentro casa; aveva un lavoro fuori che ha seguito a svolgere, ma dentro casa era un disastro. E lei dice che molto probabilmente era depressa, che il padre non fece nulla, che lei aveva una sorella più grande e una più piccola e che si mise a fare quello che faceva la madre. La signora riferisce che lei, in precedenza, non si sentiva osservata, “non mi sentivo presa

in considerazione". Questa veniva da una situazione che si era strutturata in questa maniera: lei aveva seguito a essere la gestrice della casa dei genitori, e aveva messo su famiglia ma seguendo a mantenere questo ruolo nella sua famiglia d'origine. Quando il figlio sta male lei si rende conto di tutto questo per la prima volta nella sua vita. Eh! come dire, si aprono elementi di riflessioni molto interessanti da questo punto di vista.

Un'altra persona, questo è un materiale che io ho presentato, riguarda una donna che racconta improvvisamente in gruppo, un gruppo molto affollato che si tiene in una zona periferica di Roma molto piena di problemi, insomma una situazione tutt'altro che semplice, di lavoro – questa raccontò di come le fosse capitato nella vita che il padre morì il giorno in cui lei aveva partorito la sua bambina. E racconta in questo gruppo, per la prima volta a sé stessa, che: "mia figlia quand'era piccola, io facevo tutto, poi mia figlia chiedeva *mamma che hai?* Adesso capisco perché mia figlia mi chiedeva *mamma che ho*. Perché per me, adesso, detto in due parole, c'era stata questa sovrapposizione...e io ero rimasta presa da tutta questa vicenda". Questa persona lo riscopre 30 anni dopo, non ne aveva mai parlato con questa figlia. Apriamo allora il discorso trigerazionale, di quello che accade su 3 generazioni, sul perché un genitore per esempio vive con difficoltà la separazione dal figlio, noi abbiamo sempre detto che il figlio vive difficoltà, il figlio simbiotico, no? Che teme la separazione dal genitore. Ma poi anche il genitore: Garcia Badaracco parla della difficoltà del genitore di separarsi dal figlio.

Stefania. (dopo un momentaneo dissesto della schermata e dell'audio). Certo è vero, abbiamo preso un lungo tempo... Ma continuiamo perché queste ultime cose che dicevi...perdona la mia insistenza... nella fase finale della nostra conversazione hai detto cose molto salienti sul setting, sul lavoro e sulla realtà di questo lavoro. Ti sono molto grata di questa grande chiarezza.

Andrea. E anche del perché questi genitori se tu li riesci a portare a partecipare autenticamente al gruppo loro si trasformano. Ci sono trasformazioni prodigiose perché scoprono come andava la loro vita e si rendono conto che per tutto quello che è accaduto loro non sono degli osservatori, loro sono attori della situazione. Tant'è che io poi in collaborazione con tanti altri ho scritto altri due libri uno *Psicoanalisi multifamiliare* come "esperanto", e l'ultimo *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*: perché cerco di descrivere questo, che il gruppo rende possibile a chi vi partecipa di raggiungere una posizione che uno sperimenta se fa una analisi personale – visto che se uno fa una analisi personale è chiamato a impegnarsi e a sviluppare le sue capacità di riflessione da tutti i punti di vista, come sappiamo bene. Il gruppo può introdurre questa opportunità. Poi ci sono quelli che ci si avvicinano, quelli che si allontanano, quelli che vengono quando ce la fanno, ci sono quelli che non ce la possono

fare a starci, ci sono operatori che si appassionano, ma ci sono quelli che non ci possono mettere piede e che se vengono una volta non vengono più altrimenti devono rimettere in discussione la loro vita. Non è semplice, non sto dicendo affatto che è semplice perché si vanno a toccare elementi centrali, diciamo.

Molto brevemente... il tempo temo che sarebbe lunghissimo...i tre meccanismi sono: il *rispecchiamento metaforico (1)*, perché tu nel gruppo puoi vedere quello che accade in un'altra famiglia e il setting di questo tipo di gruppi è l'unico in cui questo accade .. Cioè nella psicosi non è che si perde la capacità di rappresentare la situazione in cui si vive, però non si usa più perché...il pensiero è "concreto", no? tu parlavi giustamente prima di situazioni con esempi di concretizzazione, più che veramente psicotici. Allora vedere che in un'altra situazione avvengono cose che sono diverse, ma rassomigliano e permettono di rappresentare la situazione in cui si vive (2), questo è fondamentale. Così come la presenza dei cosiddetti transfert multipli (3). Perché molte volte i rappresentanti di queste famiglie non riescono a parlare, ad esempio un padre con il proprio figlio: ma improvvisamente si accorge che sa parlare con un altro figlio. O viceversa. Allora succede che ognuno dice: *non è che non sono capace più di parlare con mio figlio, o con mio padre; o con uno come mio padre sono capace di farlo, però non con lui.* E' un meccanismo potentissimo, a proposito di quello che tu dicevi degli attrattori potenti, forse sono questi. Questo incuriosisce molto, questo permette alle persone di ripensare alle situazioni in cui sono state e di avviare un lungo processo di ripresa in considerazione e di rielaborazione della sofferenza: non sto dicendo che sono passaggi facili, ma di cominciare ad avere una grande curiosità di comprendere.

Stefania. Guarda adesso forse esagero nel complimentarmi con te, perché ti paragono a Bion! Grodstein diceva di Bion della sua capacità straordinaria di suscitare istantaneamente la situazione analitica. Allora quello che io ho chiamato potente attrattore sarebbe quello che poi tu hai condensato indicando le tre regole del setting, diciamo così, materiale. E' come dire che suscitare la situazione analitica in gruppo a me non sembra così immediato come forse lo può essere quando si è bravi a farlo quanto Bion nella situazione duale. Nella situazione di gruppo Bion stesso ci racconta che lenta situazione era stata la costruzione di suscitare istantaneamente la situazione analitica. Ora scusa se ti paragono a Bion però ti sono grata di avere descritto in modo così comunicativo quelli che sono gli elementi di quello che io ho chiamato potente attrattore. Poi da ultimo ti chiedo Andrea se in questa Intervista in cui credo che ti abbiamo, ti ho veramente sfruttato e ti ringrazio per la tua generosità, ti chiedo se hai qualunque osservazione, domanda, risposta qualsiasi cosa da aggiungere, dopo avere tanto dato per rispondere alle mie domande.

Andrea. Eh, di non essere paragonato a pensatori eccezionali! Io sono un operatore medio non credo di avere fatto cose straordinarie. Credo che invece il gruppo abbia capacità notevoli. Questo credo sia il punto. Garcia Badaracco ce le aveva, Bion figuriamoci...questi sono geni a mio parere. Il gruppo può permettere a operatori medi con una preparazione e una curiosità, certo un po' ce ne vuole...di mettere in moto meccanismi potenti, che possono essere di grande aiuto. Questo lo credo molto, seguendo queste regole, osservando come questi meccanismi potenti costituiscono, come dire, interferiscono nel tipo di atmosfera in cui si ritrovano le persone. Credo che questo possa essere di grande aiuto, nei servizi che si occupano sistematicamente di pazienti gravi, correlando questo intervento a tutto il resto che si fa, gli altri interventi che si fanno nei servizi: intervento farmacologico, riabilitativo e intervento psicoterapeutico nel suo modo tradizionale, insomma gli interventi tradizionali. Perché il gruppo come dicevo prima va visto come uno stimolatore, un tramite attraverso cui raggiungere la possibilità di utilizzare gli strumenti terapeutici classici.

Stefania. Grazie anche per questo. Davvero grazie. Credo veramente di essere stata un po' petulante con le mie tante domande. Ma grazie perché le tue risposte sono chiare, e anche perché sono molto nutrienti, e incoraggianti per pensare l'interesse del gruppo, l'importanza del gruppo. Ora in questa edizione di cui mi sto occupando con le interviste, che vede congiunta l'attività delle due riviste che storicamente, la *Funzione Gamma*, e quella di *Argo Gruppo: Omogeneità e differenze*, si sono interessate alla ricerca sui gruppi, si cerca di fare una resocontazione storica delle ricerche sul gruppo – dunque pensa che importanza ha questa nostra Intervista! saremo anche usciti dai tempi... ma credo che abbia una grande importanza. Ecco io ad esempio ho in terapia o in analisi, vari operatori nel campo della psicologia o psicoterapia: e non c'è nessuno fra loro che non abbia o una passione o una pratica o solo una frequentazione di un gruppo multifamiliare! E' una cosa abbastanza sorprendente, perché è recente ma molto rapida l'espansione di questo tipo di esperienza. Ecco perché mi sono posta tante domande e ne ho poste tante a te. Grazie infinitamente, da parte mia e anche da parte della redazione della Rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*.

Andrea. Grazie a voi.

Stefania. Spero di fare un buon lavoro grafico in modo che sia fruibile l'Intervista per tutti i Lettori. Arrivederci.

Andrea. Senz'altro. Arrivederci.

Andrea Narracci è medico specializzato in Psichiatria, psicoanalista, membro ordinario della SPI, già didatta del Centro Studi di Terapia familiare e relazionale; divulgatore in Italia dell'opera di Jorge Garcia Badaracco, fondatore del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, di cui ha tradotto l'omonimo libro: "Psicoanalisi Multifamiliare", pubblicato da Bollati Boringhieri, Torino, nel 2004; autore con Jorge Garcia Badaracco di: "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia", edizioni Antigone, 2011; autore de: "La Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto", con Federico Russo, Alessandro Antonucci e Antonio Maone; autore di: "Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione", scritto in collaborazione con molti autori, Bruno Mondadori editore, Milano 2021. Già direttore del DSM della Asl Roma A, ora in pensione.

Email: andrea_narracci@hotmail.com

Stefania Marinelli è psicoterapeuta (SIPP) e psicoanalista di gruppo (IIPG), (già)professore associato di Psicologia clinica presso la Sapienza Università di Roma. Ha svolto ricerca nel campo degli studi bioniani e della clinica di gruppo analitico; ha fondato nel 2000 l'associazione per lo studio dei gruppi omogenei ARGO di cui è presidente. Fra le numerose pubblicazioni si ricorda qui, dopo *Sentire, Saggi di psicoanalisi clinica*; e *Il gruppo e l'anoressia*, Cortina; il recente *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*, Borla.

Email: stefaniamarinelli2014@gmail.com; Web: www.stefaniamarinelli.it